Die Luxatio centralis femoris und ihre Heilungsresultate

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
der
Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg
vorgelegt von

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Frank Kellner
approb. Arzt aus Königsberg i. Pr.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 12. März 1920
Referent: Prof. Dr. LÄWEN

MARBURG

1920

Druck von H. Osterwald (Inh.: P. Schefe u. H. Behrens), Hannover.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556027_0194

Auszug aus der Inaugural-Dissertation

„Die Luxatio centralis femoris und ihre Heilungsresultate"

vorgelegt von **Frank Kellner.**

Im ersten Teil der Arbeit werden 4 in den letzten Jahren in der Chir. Univ.-Klinik zu Marburg beobachtete Fälle von Luxatio centralis femoris veröffentlicht; der zweite Abschnitt ist einer allgemeinen Besprechung des Krankheitsbildes gewidmet. Es wird zunächst darauf hingewiesen, daß beim Zustandekommen der Verletzung erstens die Einwirkung einer größeren Gewalt notwendig ist, und daß zweitens diese Gewalt bei einer auf den Pfannengrund zentrischen Einstellung der Hals- und Kopfachse einwirken muß. Die große Beweglichkeit des Oberschenkelkopfes im Hüftgelenk bedingt die Seltenheit der L. c. f. Die zentrische Einstellung ist gegeben: erstens bei Auffallen des Körpers auf das in Abduktionsstellung befindliche Bein und zweitens bei Fall des Körpers auf den Trochanter bzw. Stoß eines Gegenstandes gegen denselben. Pfannenbruch und Durchtreten des Kopfes sind oft nicht an ein und dieselbe Kraft gebunden, in einem großen Teil der Fälle dürfte es sich um eine Summation mehrerer, schnell aufeinander folgender Gewalten handeln. — Ob das Alter bei der L. c. f. aetiologisch eine Rolle spielt, steht dahin. — Bei Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen wird auf die von Henschen vorgeschlagene Einteilung in 1) zentrierte Pfannengrundbrüche, 2. exzentrische Pfannenbodenbrüche, 3) ringförmige Aussprengungen der Pfanne, und 4) kombinierte Pfannenbrüche hingewiesen. Die Pfannenbodenbrüche der 2. Gruppe sind am häufigsten beobachtet worden,

und unter diesen wiederum am meisten diejenigen Fälle, bei denen es sich um Aussprengung eines vorderen und unteren Dreiecksfragments handelt. — Von Komplikationen der L. c. f. wird auf Infektionen des Bruches, komplizierende Wunden, Muskelzerreißungen, Haematombildungen, Nervenlaesionen, Gefäßverletzungen, Blasenzerreißungen und Darmrupturen hingewiesen und gesagt, daß nach Haudeck in der Statistik ca. 70 % Todesfälle als Folge der sonstigen durch den Unfall gesetzten Verletzungen zur Beobachtung kamen. — Sodann wird die Symptomatologie der L. c. f. geschildert. Die Symptome können mehr oder minder stark variieren. Abflachung der Trochantergegend, Verkürzung des Symphysenabstandes des Trochanters, behinderte oder sehr schmerzhafte Innenrotation und Stellung des Beines in Außenrotation und mäßiger Flexion, Trochanterhochstand über der Roser-Nélatonschen Linie, ev. Verkürzung des Beines und die Möglichkeit, den luxierten Schenkelkopf durch die Bauchdecken dicht oberhalb des Poupartschen Bandes und vom Rectum aus zu palpieren, werden als Hauptsymptome der L. c. f. beschrieben, auch Ekchymosen über dem Leistenbande, Senkungsekchymosen am Skrotum und Haematome über dem Trochanter werden erwähnt. Trotz dieses sehr reichhaltigen Symptomenbildes ist die Diagnosenstellung oft sehr schwer, meist nur mit Hilfe eines Röntgenbildes sicher möglich. — Es wird sodann die Differentialdiagnose gegenüber der Schenkelhalsfraktar und der gewöhnlichen Hüftgelenksluxation entwickelt und dabei darauf hingewiesen, daß die L. c. f. oft unter der Diagnose „Hüftgelenkskontusion" segelt, bis ein Röntgenbild den wahren Sachverhalt erbringt. — Die Behandlung der zentralen Hüftgelenksluxation besteht in der Reposition und der Retention des Oberschenkelkopfes, der ausgesprochene Reluxationstendenz zeigt. Es muß mit einer 10—12wöchigen Bettruhe und Extension gerechnet werden, vor zu frühzeitigen Belastungsversuchen muß dringend gewarnt werden. Die Behandlungsdauer dürfte für leichte und mittelschwere Fälle 3—5 Monate, die Rente 40—70 % betragen. — Die Prognose quoad sanationem ist — abgesehen von den Fällen mit schweren Komplikationen, bei denen oft selbst der exitus beobachtet wurde — bisher noch immer keine be-

friedigende zu nennen. — Bei der Besprechung der Funktionsresultate wird darauf hingewiesen, daß bei der L. c. f. eine Arthritis mit Bewegungsbeschränkung zurückbleibt, die sich im Laufe der Zeit oft steigert; in vielen Fällen tritt eine Ankylose ein, die um so hochgradiger ist, je weniger gut die Reluxation des Gelenkkopfes gelang. Die Abduktion des betreffenden Beines leidet meist am stärksten, da der Troch. maj. bei nur geringen Abduktionsbewegungen an das Becken anstoßen muß. Weniger stark beeinträchtigt ist die Adduktion, da der Troch. min. seiner Kleinheit wegen diese Bewegung weniger stark behindert als der Troch. maj. die Abduktion. Auch bei der Rotation treten die Trochanteren hemmend hervor, zum Teil ist die Ursache für diese Bewegungsbehinderung aber auch in der Ankylose zu suchen. Auch die Beuge- und Streckbewegungen des Oberschenkels im Hüftgelenk sind oft eingeschränkt, ferner wird oft eine — meist sehr geringe — Verkürzung des Beines durch die L. c. hervorgerufen, infolge der Schonung resultiert außerdem in fast allen Fällen eine geringgradige Atrophie der Muskulatur. Kompensatorisch, um bei der Fixation des Hüftgelenks das Gehen zu ermöglichen, entsteht häufig eine recht erhebliche Lordose der Wirbelsäule. Trotzdem bleibt der Gang meist hinkend und ist in den allermeisten Fällen nur mit 1—2 Stöcken möglich, wenn mehr als nur einige Schritte gemacht werden. Subjektive Beschwerden wie Schwäche und Schmerzen tragen ferner dazu bei, den Gang und damit das Funktionsresultat, auf das wir den Hauptwert legen müssen, ungünstig zu beeinflussen.

Frank Kellner.